

ИМЯ И АДРЕС КЛИЕНТА/ЗАЯВИТЕЛЯ
КОМУ:

ИМЯ И АДРЕС ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

ЛИНИЯ СГИБА ДЛЯ КОНВЕРТА С ПРОЗРАЧНЫМ ОКНОМ.

Уважаемый (ая) _____ !

Отделом помощи лицам, имеющим инвалидность вследствие порока развития (Division of Developmental Disabilities, DDD) установлено, что для установления или повторного установления права на получение услуг требуется заполнить Перечень вопросов для планирования клиентом и организацией (Inventory for Client and Agency Planning, ICAP), который является шкалой оценки адаптивных навыков.

Вам были отправлены следующие документы, объясняющие требования ICAP и процедуру проведения оценки.

- WAC 388-823-0900 – WAC 388-823-0940
- Руководство по заполнению шкалы адаптивного поведения ICAP/SIB-R
- Основанное на полученной информации согласие на проведение оценки ICAP (DSHS 10-329)

Пожалуйста, позвоните мне по телефону _____, чтобы записаться на прием. Вы должны будете привести с собой человека, который знает Вас не менее трех (3) месяцев и ежедневно с Вами встречается. **Если Вы не позвоните** до _____, решение о наличии у Вас права на получение услуг будет принято на основе имеющейся информации.

Полный экземпляр нормативных документов штата, регулирующих право на получение услуг (WAC 388-823), можно получить по запросу или в Интернете по адресу <http://www1dshs.wa.gov/ddd/index.shtml>.

С нетерпением жду Вашего звонка.

С уважением,

Менеджер по делу / распорядитель ресурсов отдела DDD

Приложения

Копии: Законному опекуну/представителю